6

Kasuistik des Schuchardt-Schnittes.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshülfe,

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung

der Hohen Medizinischen Fakultät

der Königlichen Universität Greifswald

am

Freitag, den 1. Juli 1904

mittags $11^1/_2$ Uhr

öffentlich verteidigen wird

Georg Haase

approb. Arzt aus Friedland (Ober-Schlesien).

Opponenten:

Herr Kursist Werkmeister.

Herr cand. math. Reinsch.

Greifswald.

Druck von Julius Abel.

1904.

Gedruckt mit Genehmigung der hohen medizinischen Fakultät der Universität Greifswald.

Prof. Dr. Grawitz, z. Dekan.

Referent: Prof. Dr. Martin.

W. A. Freund machte im Jahre 1878 zum ersten Male den Vorschlag, den krebsigen Uterus von der Bauchhöhle aus zu entfernen, Czerny, Billroth und Schröder führten kurz darnach die vaginale Totalexstirpation ein. Die anfänglich grosse Begeisterung für die Freundsche Operation schwand, als man sah, wie der grösste Prozentsatz der so Operierten an den unmittelbaren Folgen des Eingriffes zugrunde ging. Der grösste Teil der Autoren wandte sich deshalb der Billroth-Czernyschen Methode, vaginal zu operieren, zu. Leider stellte sich aber heraus, dass trotz der befriedigenden unmittelbaren Operationserfolge die Dauerresultate wenig befriedigende waren, so dass das Vertrauen auch zu dieser Operation ins Wanken geriet. Da mit der Verbesserung der Asepsis und Antisepsis und nach Vervollkommnung der Technik sich die Gefahren der Laparotomie bedeutend vermindert hatten, ging ein grosser Teil der Gynäkologen wiederum zur Freundschen Operation über, deren Technik allerdings in der Hand von A. v. Rosthorn, Wertheim und Mackenroth eine wesentliche Umgestaltung erfuhr.

Die Anhänger der vaginalen Methode sannen ihrerseits auf Mittel und Wege, diese Operation zu verbessern, vor allem die Technik zu vervollkommen, um so bei Vermeidung alter Fehler teils das Operationsgebiet zu erweitern und übersichtlicher zu machen, andererseits die Indikationsstellung erweitern und bessere Dauerresultate erzielen zu können.

Es ist das Verdienst Schuchardts, durch seine Veröffentlichung im Jahre 1893: „Eine neue Methode der Gebärmutterexstirpation“ (Zentralblatt für Chirurgie 1893 Nr. 51) den Weg gezeigt zu haben, auf dem es gelingt, die vaginale Methode bedeutend zu verbessern und sie den genannten Anforderungen entsprechend zu gestalten. Er nannte seine Methode die paravaginale Operation.

Ehe ich auf die Technik dieser Operation näher eingehe, sei es mir gestattet, erst kurz auf die Anatomie des Beckenbodens einzugehen. Diese Verhältnisse erfuhren neue Bearbeitungen mit der zunehmenden Häufigkeit operativer Eingriffe in diese Region. Zu erwähnen sind hier besonders die Arbeiten von A. v. Rosthorn: „Die Krankheiten des Beckenbindegewebes“ in Veits Handbuch der Gynäkologie III. Bd. 2. Hälfte und Arbeiten aus der Hegarschen Klinik, so aus jüngster Zeit Sellheim: „Das Becken und seine Weichteile“ (v. Winkels Handbuch der Geburtshilfe). Unter Beckenboden verstehen wir die Gesamtheit der Weichteile, welche den Beckenausgang verschliessen und die Eingeweide des Beckens tragen. Diese Bestandteile setzen sich hauptsächlich aus quergestreiften Muskeln und ihren Fascien zusammen, obwohl auch in geringer Anzahl glatte Muskeln und elastische bindegewebige Elemente vorhanden sind. Als Grundlage des Beckenbodens ist das Diaphragma pelvis proprium sive rectale anzusehen, das einen Muskeltrichter darstellt, der jederseits an der Vorder- und Seitenwand des kleinen Beckens entspringt und dessen tiefster Punkt ungefähr der Steissbeinspitze entspricht. Nach vorn zu befindet sich in diesen Muskeln ein Spalt, der zum Durchtritt für den Harngeschlechtsapparat und den Mastdarm dient. Dieser Spalt wird durch eine quer vorgelegte Muskelplatte verschlossen und zwar derart, dass eben noch der Eingeweideschlauch hindurchgeht und gleichzeitig

fixiert wird. Diese Platte heisst zum Unterschied von dem Diaphragma rectale das Diaphragma pelvis accessorium sive urogenitale.

Die Muskeln des Beckenbodens können also folgendermassen zusammengestellt werden:

I. Diaphragma pelvis proprium sive rectale.

1. M. Ischiococcygeus
2. Ileococcygeus
3. Pubococcygeus
4. Puborectalis

} Levator.

II. Muskeln der Urogenitalgegend.

1. Diaphragma urogenitale (tranversus perinei profundus, Sphincter urethrae),
2. M. bulbocavernosus,
3. M. ischiocavernosus,
4. M. transversus perinei superficialis.

III. Muskeln des Afters.

Sphincter ani externus (portio subcutanea, superficialis, profunda).

Zwischen After und Scheide kommen die Enden der Perinealmuskeln untereinander und mit Bündeln vom Diaphragma rectale in Verbindung zum sogenannten Centrum perineale, einer fibrösen Masse, in die elastische und glatte Elemente eingewebt sind. Um Mastdarm und Harngeschlechtsapparat finden sich mehr oder weniger glatte Muskelnfasern. Im allgemeinen muss man sagen, dass ziemlich viel Variationen beim Bau des Beckens vorkommen (nach Sellheim).

Schuchardt ging von dem Gedanken aus, das Feld der Operation bei der vaginalen Totalexstirpation, die von ihm in der bisherigen Art der Ausführung als unchirurgisch bezeichnet wurde, da sie grösstenteils im Dunkeln geschehen musste, dem Auge zugänglich zu machen und so die Operation bedeutend zu erleichtern.

Gleichzeitig damit wollte er eine grössere Freilegung der Parametrien erwirken und einen besseren Zugang zu den Ureteren schaffen, deren Verletzung bei der ursprünglichen Methode keine Seltenheit gewesen war. Dies glaubte er mit einer Durchtrennung des Beckenbodens durch eine tiefe Scheidedamminzision zu erreichen. Zwar waren auch schon früher von einzelnen Gynäkologen derartige Incisionen nach Bedarf gemacht worden. Dieselben wurden mehr oder weniger schräg gegen das Tuber ischii ausgeführt und erzielten nur eine Dilatation des unteren Scheiderohres, während Schuchardt eine vollständige Freilegung der Scheide und des Scheidengewölbes bewirken wollte. In seiner Abhandlung „Über die paravaginale Methode der Exstirpatio uteri und ihre Enderfolge beim Uteruskrebs“ (Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1901 Bd. 13) schreibt er folgendermassen: „Während die von den Gynäkologen ausgebildete vaginale Methode der Exstirpatio uteri darin besteht, unter möglichster Schonung des Vaginalschlauches und der äusseren Genitalien sich vermittels Specula den Zugang zur Portio offen zu halten, die Portio durch Zangen herabzuziehen und dann in mehr oder weniger mühsamer Weise den Uterus dicht an seinen seitlichen Grenzen nach Eröffnung des Douglas und Ablösung der Harnblase beiderseits von den Parametrien abzutrennen, erzwingt der Paravaginalschnitt nach chirurgischem Grundsatz zunächst einen möglichst freien Zugang zu dem erkrankten Organ, indem ohne Rücksicht auf die konventionelle Schonung der äusseren Genitalien das Labium sinistrum und der ganze Vaginalschlauch samt dem Scheidengewölbe, das paravaginale und pararectale Gewebe, der Musculus levator ani und coccygeus, das Zellgewebe der Fossa ischio rectalis, sowie die Haut des Dammes und der seitlichen Analgegend gespalten wird. Das Wesen des Paravaginal-

schnittes besteht darin, dass der Trichter des Musculus levator ani und des Musculus coccygeus dicht am Mastdarm und Steissbein, jedoch mit Schonung des Musculus sphincter ani ext. in sagittaler Richtung ausgiebig durchschnitten werden und hierdurch das Cavum musculare pelvis breit eröffnet wird."

Schuchardt führte den Schnitt stets auf der linken Seite aus, da er so bequemer anzulegen war und das Operationsgebiet beiderseitig genügend freilegte. Zunächst hielt sich der Schnitt etwas seitlich von der Mittellinie, um den Mastdarm nicht zu verletzen, und wandte sich erst nach Umgehung desselben in der Tiefe der Mittellinie zu. Der rechtsseitige Rand der Weichteilwunde nebst Mastdarm klaffte dann bedeutend nach rechts, so dass der Mastdarm während der Operation gar nicht zu Gesicht kam. Vom After blieb der Hauptschnitt nur fingerbreit entfernt. Dieser Schnitt gestattet unter beständiger Kontrolle des Auges zu operieren, legt die Parametrien in ausgiebiger Weise frei und erleichtert bedeutend das Auffinden und Präparieren der Ureteren, wodurch eine Verletzung derselben viel besser vermieden werden kann. Nach Anlegung des Schnittes wird die Operation genau so wie früher gemacht. Schuchardt kümmerte sich um die auftretende, meist venöse Blutung, die er grösstenteils durch Tampons leicht beherrschen konnte, erst am Ende der Operation. Die Vernähung dauerte etwas länger als früher, ohne aber grössere technische Schwierigkeiten zu machen. Die Heilungsdauer war gegen früher nicht verlängert. Während Schuchardt zuerst seinen Schnitt drainierte, vernähte er ihn später vollkommen und sah fast stets primäre Heilung eintreten. Die Narbe bildete sich meist gut aus und konnte in vielen Fällen bei späterer Untersuchung kaum noch konstatiert werden.

Die Methode erwarb sich bald Freunde. Auf der Versammlung der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin bei der Diskussion zum Vortrage Schuchardts: „Über Hysterectomia perineovaginalis“ (Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. 28) sprach Mackenrodt unter anderem: „Eine Operation, die eine solche Leistung aufweist, müssen wir als eine wirkliche Bereicherung unseres operativen Könnens bezeichnen und dem Frfinder dafür dankbar sein. Ich spreche Herrn Schuchardt meine vollste Anerkennung für seine neue Methode aus, die ich gegebenenfalls nachmachen werde.“ Er warnte jedoch, sich verleiten zu lassen, nunmehr alle inoperablen Fälle von Carcinom vermittels dieser Methode anzugehen, da sonst diese Operation zu einer Palliativoperation degradiert würde. Ebendaselbst erklärten auch Veit und Olshausen bei Anerkennung der Vorzüge der Operation, dass in bestimmten schwierigen Fällen Vorteile von der Operation zu erhoffen sind. In Hamburg 1895 (Deutsche medizinische Wochenschrift 1895, Vereinsbeilage Nr. 23) berichteten Kümmel, Wiesinger und Schede über nach Schuchardtscher Methode operierte Fälle, und sprachen sich sehr anerkennend darüber aus, ja Schede erklärte sie für die zurzeit beste Operation. Auch Staude erkannte den technischen Fortschritt an. Frommel schreibt im Handbuch der Gynäkologie von J. Veit, 3 Bd. II. Hälfte Erste Abteilung: „Unbestreitbar aber ist es, dass durch den grossen Entspannungsschnitt, wie er von Schuchardt vorgeschlagen wird, die Zugänglichkeit zum Operationsfelde vergrössert wird, und darin sehe ich eine entschiedene Bereicherung unserer operativen Technik.“ 1900 und 1902 veröffentlichte Staude weitere Abhandlungen über Schuchardt-Operationen. (Staude: Über Schuchardt-Operation. Zentralblatt für Gynäkologie 1900 I. Teil

Nr. 10 und „Über Totalexstirpation des carcinomatösen Uterus mittels doppelseitiger Scheidenspaltung.“ (Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XV 1902.) Er macht jetzt konsequent den doppelten Schnitt, den er aber so modifiziert hat, dass er nie über den annus hinausgeht. Für wichtig hält er die Spaltung des Scheidenrohres in einen oberen und unteren Teil. Während Schuchardt die leichte Ausführung seines Schnittes betont, erklärt Staude, dass er dies durchaus nicht gefunden, im Gegenteil seine Schnittführung vielfach als ein recht blutiges Verfahren kennen gelernt habe. G. Winter berichtet in seiner Abhandlung: Genügt die vaginale Uterusexstirpation als radikale Krebsoperation (Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. 43 1900) ebenfalls über 17 nach Schuchardt operierten Fälle, in denen 15 mal nachweislich das Parametrium erkrankt war. Gerade in diesen Fällen hat sich die Vorzüglichkeit der paravaginalen Operation gezeigt, da infolgedessen vaginale Uterusexstirpationen, die sich sonst gar nicht oder nur recht unsauber hätten ausführen lassen, in typischer Weise zu Ende geführt werden konnten. Aufgefallen ist Winter die starke Blutung, die sich allerdings leicht beherrschen lässt. Mit dem prinzipiell linksseitigen Schnitt erklärt er sich nicht einverstanden, sondern will die Schnittführung auf die Seite des erkrankten Parametrium gelegt wissen. Im Gegensatz zu Schuchardt, der fast stets nach seinen Operationen primäre Heilung seines Hilfsschnittes eintreten sah, sieht Winter einen Nachteil im Scheidenschnitt darin, dass er sehr geringe Tendenz zur primären Heilung namentlich bei Carcinomen zeige. Um den Ureter rechtzeitig zu erkennen, empfiehlt er das Einlegen eines Ureterkatheters.

Bei den Verhandlungen der 9. Versammlung der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie in Giessen (Zentral-

blatt für Gynäkologie 1901 Nr. 24) wurde bei Besprechung der „Radikaloperationen bei Carcinoma uteri mit besonderer Berücksichtigung der Dauerresultate", auch die Schuchardtsche Operation einer längeren Debatte unterworfen und besonders von Staude, Martin, Winter warm empfohlen. Der Scheidenschnitt fand fast allgemeine Billigung, besonders was die Technik und sauberes Operieren betrifft. Im übrigen gilt er als nicht ungefährlich. Seine Anwendung wird vor allem angeraten bei früheren Fällen von Carcinom, wovon man sich gute Dauererfolge verspricht. Jordan veröffentlichte ebenfalls 10 Fälle: (Die chirurgische Behandlung des Uteruscarcinom. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. 45 1900.) Er bezeichnet den Entspannungsschnitt als harmlos, da durch denselben keine wichtigen Gebilde verletzt und keine grösseren Gefässe durchtrennt werden. Die Heilungsdauer fand er nicht verlängert, auch trat bei ihm im Gegensatz zu Winter fast stets primäre Heilung ein. Das Operationsfeld wurde stets in vorzüglicher Weise zugänglich gemacht.

Schauta erklärt sich ebenfalls für einen Anhänger der Schuchardtschen Methode. In seiner Abhandlung: „Die Operation des Gebärmutterkrebses mittels des Schuchardtschen Paravaginalschnittes" (Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. 15 1902) teilt er 30 Fälle mit. Vor allem ist er damit zufrieden, dass es gelingt, mit dieser Methode die Parametrien in so weiter Ausdehnung zu entfernen, als dies überhaupt durch eine Methode möglich ist.

Knauer, der einen Vergleich zwischen Schuchardt-Operationen und der an der Wiener Klinik Chrobak geübten Igniexstirpation aufstellt, erkennt die Vorzüge, vor allem was Dauerresultate betrifft, an und stellt den Satz auf: Das Richtige kann nur sein, beide Verfahren zu

vereinigen, den Schuchardt-Schnitt mit der Igniexstirpation zu kombinieren, um der Vorteile beider Methoden gleichzeitig teilhaftig zu werden. Er meint damit möglichst ausgedehnte Exstirpation des Parametrium und Vermeidung der Impfrezidive. (Emil) Knauer: Erfolge wegen Gebärmutterkrebs ausgeführter vaginaler Totalexstirpationen. (Hegars Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. V 1901.)

Schuchardt selbst berichtet über 90 derart von ihm operierte Fälle. Er hat sich immer mehr von der Ungefährlichkeit seines Schnittes überzeugt, den er nicht nur bei Carcinom, sondern auch bei den verschiedensten andern Genitalerkrankungen angewandt hat, und zwar stets mit Erfolg. Vor allem hat er bei Carcinom-Operationen durch möglichste Weitstellung der Indikation gute Erfolge erzielt, was folgende Tabelle beweist (Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XIII 1901):

Leopold hatte bei 20,4 % Operabilität 50 % Dauer = 10 % absol. Heilbark.

Kaltenbach	40 % Operab.	21 % Dauer	= 8 % abs. H.
Thorn	35 % „	25 % „	= 7 % „ „
Winter	28,7 % „	33 % „	= 9,6 % „ „
Schauta	14,7 % „	20 % „	= 3 % „ „
Schuchardt (1894—1901)	50 % „	36 % „	= 20,6 % „ „
Schuchardt (1894—1896)	61 % „	40 % „	= 24,5 % „ „

Die absolute Heilungsziffer ist demnach bei Schuchardt um das Doppelte besser, als die der besten andern Statistiken. Er schiebt allerdings die Indikationsstellung sehr weit hinaus und führt die Operation noch aus, sobald er bei Untersuchung in Narkose zur Überzeugung gelangt, dass die Operation noch technisch durchführbar ist. Zur Aufgabe einer Operation und Beendigung derselben durch

Laparatomie ist er nie gezwungen worden, wenn auch manchmal perimetrische Verwachsungen störend wirkten. Die Adnexorgane entfernt er nur mit, wenn sie sich gut einstellen.

Ein nochmaliger Überblick über die Literatur ergibt also eine fast ausnahmslose Billigung dieser Operation. Ihre Anwendung grade bei carcinomatöser Gebärmuttererkrankung wird empfohlen. Und zwar sollten nicht nur schwere Fälle, sondern vor allem die leichten Fälle von Carcinoma uteri nach Schuchardt-Methode operiert werden, um infolge der ausgiebigen Spaltung des paravaginalen Gewebes radikaler vorgehen zu können und so bessere Dauerresultatc zu erzielen.

Einer gütigen Anregung des Herrn Professor Martin folgend, sammelte ich die von 1899—1904 in hiesiger Klinik und Privatklinik, deren Journale mir freundlichst überlassen wurden, nach Schuchardtscher Methode operierten Fälle und kann über 56 Operationen berichten. Ehe ich zur Kasuistik der einzelnen Fälle komme, will ich kurz einige Bemerkungen zur Technik machen. Die Ausführung des Schuchardtschen Schnittes geschieht in der Greifswalder Klinik in derselben Art und Weise, wie Schuchardt seine Methode angegeben hat. Es wird in der Regel vom linken Scheidengewölbe aus das Scheidengewölbe, das ganze Scheidenohr sowie das Gewebe des Beckenbodens durchtrennt. Der Schnitt läuft an der linken Seite des Rectum vorbei. Die Ausdehnung des Schnittes ist je nach Bedarf in den einzelnen Fällen eine verschieden grosse. Die Blutstillung erforderte fast niemals eine eigene Behandlung und nur in den allerseltensten Fällen war es nötig, stark spritzende Gefässe zu ligieren. In Fall 4 wurde eine sehr starke Blutung beobachtet, in Fall 12 war es nötig, 6 Ligaturen anzulegen. Sonst genügt in der Regel der Zug des hinteren Speculum, die

Blutung zum Stillstand zu bringen. In zahlreichen Fällen war die Blutung aus der Schnittfläche geradezu eine auffallend geringe. Nach Anlegung des Schuchardtschen Schnittes wird die weitere vaginale Operation ganz in der früher geübten Weise ausgeführt. Der Schluss des Hilfsschnittes geschieht mit fortlaufendem Catgut-Faden in Etagennaht, in einigen Fällen wurde die Haut mit Bronzedraht- oder Silberdraht-Knopfnähten vernäht, in letzter Zeit wurde die Hautwunde am Perineum mit Fils de Florenze-Knopfnähten versorgt.

Kasuistik.

Sarcom 1 Fall.

I. Fräulein H., 49 Jahre, Nullipara. Diagnose: Sarcoma retroperitoneale haemorrhagicum.

3. XII. 1901. Operation: Da die virginellen Teile sehr eng sind, wird der Schuchardtsche Schnitt ausgeführt. Das hintere Scheidengewölbe wird durch wagerechten Schnitt eröffnet. Das Messer fällt in eine mit altem Blut gefüllte Höhle. Ausräumung derselben. Es wird ein orangegrosser Tumor entfernt, der hinten rechts mit dem Uterus verwachsen ist. Ferner werden Stücke eines eigentümlich aussehenden Plasmas entfernt, das, soweit nachweisbar, auf der vorderen Mastdarmwand sitzt. Es wird auf weitere Ausrottung der Tumorreste verzichtet. Vernähung des Schuchardtschen Schnittes. Eine spezielle Blutstillung war unnötig.

Bei der Entlassung am 20. XII. 01 befindet sich die Patientin bedeutend wohler. Der Schuchardtsche Schnitt ist nur in der Tiefe geheilt, oberflächlich klafft er. Im Douglas grosses Rezidiv.

Carcinom 6 Fälle.

II. Fräulein St., 47 Jahre, Nullipara. Diagnose: Carcinoma corporis uteri, Myomata uteri.

Operation am 17. III. 1900. Colpotomia anterior, schwierig auszuführen. Nach Entleerung massiger carcinomatöser Wucherungen Exstirpatio uteri cum adnexis. Heilung des Hilfsschnittes in ganzer Ausdehnung.

III. Frau W., 53 Jahre, Nullipara. Diagnose: Adeno-Carcinoma corporis uteri.

Operation am 20. IV. 1900. Colpotomia anterior. Exstirpatio uteri totalis cum adnexis.

Glatte Heilung des Hilfsschnittes.

IV. Frau W., 57 Jahre. Diagnose: Carcinoma corporis uteri.

Operation am 16. VI. 1899. Exstirpation der Geschwulst. Es kommt während der Operation zu sehr starken Blutungen. Ebenso erfolgt eine sehr starke Nachblutung. 2 Tage post operationem Exitus.

Obductions-Befund: Anaemia gravissima.

V. Frau W., 54 Jahre, Nullipara. Diagnose: Kystoma ovarii multiloculare carcinomatosum.

Operation 7. I. 1902. Es gelingt schwer, die Plica zu eröffnen. Ein Stück vom Collum wird excidiert. Nun gelingt es, den Fundus zu erreichen. Die Geschwulst kommt durch Verlagerung von Darmschlingen ausserhalb des Operationsfeldes. Deshalb Aufgabe der vaginalen Operation. Laparotomie und Absetzung des Kystoms.

Hilfsschnitt ist gut geheilt.

VI. Frau D., 53 Jahre alt, 4 Partus. Diagnose: Carcinoma corporis uteri.

Operation am 5. XI. 1903. Colpotomia ant. Exstirpatio uteri totalis.

Bei der Entlassung ist der Schuchardtsche Schnitt gut geheilt.

VII. Frl. F., Nullipara. Diagnose: Carcinoma corporis uteri.

Operation am 13. VI. 1904. Exstirpatio uteri totalis nach Doederlein mit Schuchardtschem Schnitt. Dieser ist bei der Entlassung in der Tiefe geheilt, oberflächlich granulierend.

Enbryom 1 Fall.

VIII. Frau Z. Diagnose: Embryoma ovarii dextri.

Operation 2. XII. 1902. Ovariotomia dextra per colpotomiam posteriorem.

Schuchardtscher Schnitt zugeheilt.

Myome 22 Fälle.

IX. Frau F., 48 Jahre. Nullipara. Diagnose: Myomata uteri.

Operation 17. III. 1900. Hervorleiten des Uterus wegen Verlötung mit einer cystischen Geschwulst am Boden des Douglas sehr schwer. Exstirpatio uteri totalis.

Schuchardtscher Schnitt geheilt.

X. Frl. B., Nullipara. Diagnose: Myomata uteri.

Operation 4. II. 1901. Colpotomia anterior. Exstirpatio uteri ohne Adnexe.

Schuchardtsche Damminzision geheilt.

XI. Fr. H. Diagnose: Myomata uteri.

Operation 25. V. 1901. Colpotomia anterior. Exstirpatio uteri myomatosi. Exstirpatio ovarii sinistri. Gute Heilung des Schuchardtschen Schnittes.

XII. Frau N., 44 Jahre, Nullipara. Diagnose: Myomata uteri.

Operation 20. IX. 1901. Das freibewegliche Myom ist kindskopfgross und überragt die Symphyse um 4 Querfinger. Wegen Enge der Teile lässt sich der Uterus nicht herabziehen. Colpotomia anterior. Verwachsungen können leicht gelöst werden. Morcellement fördert nur sehr kleine Stücke des Myom zutage. Bei der Enge der Teile lässt sich der Uterus auch jetzt nicht tiefziehen. Daher wird ein ausgiebiger Schuchardtscher Schnitt gemacht. Die starke Blutung aus 5—6 kleinen Arterien wird durch Klemmen beherrscht. Nunmehr gelingt die Entfernung grösserer Teile des Myom leicht und schliesslich die Einstellung des ganzen Uterus. Abbindung der Adnexe: Totalexstirpation. Bei der Entlassung ist der Schuchardtsche Schnitt gut geheilt und fest vernarbt.

XIII. Frau Str. Diagnose: Myom.

Operation 8. I. 1901. Die unten verhältnismässig weite Scheide verjüngt sich nach oben, so dass im oberen Drittel Raumbeschränkung vorhanden ist, die durch senile Narbenmassen entstand. Durch ausgedehnten Schuchardtschen Schnitt fällt die oben erwähnte senile Falte weg. Die Douglas-Falte wird nicht zugänglich. Deshalb Ablösung des linken Scheidengewölbes; doch gelingt es nicht, das Peritoneum zu erreichen, ebensowenig rechts. Nunmehr Freilegung des vorderen Scheidengewölbes und Eröffnung der Plica. Es wird ein kindskopfgrosses Myom über dem Fundus festgestellt, das mit den Bauchdecken verwachsen ist. Da die Operation auf vaginalem Wege unmöglich erscheint, wird zur Laparotomia geschritten.

XIV. Frl. Sch., 38 Jahre, Nullipara. Diagnose: Linksseitiges apfelgrosses Myom.

Operation 10. I. 1902. Der Beckenboden ist derb und unnachgiebig, die Scheide eng. Es wird daher der Schuchardtsche Schnitt gemacht, der die Zugänglichkeit des Scheidengewölbes in frappanter Weise erleichtert. Leichte Freilegung der Plica. Das Myom wird ausgeschält, die inzidierte Uteruswand in Etagen,

der Schuchardtsche Schnitt mit einem fortlaufenden Faden vernäht.

Am 11. I. 02 klagt Patientin über heftige [Schmerzen im Leib, der trommelartig aufgetrieben ist. Patientin sieht verfallen aus. Sie erbricht kaffeesatzartige Mengen.

12. I. 02. Da sich der Zustand noch verschlimmert hat, wird mittags zur Operation geschritten. Der gut in Verheilung begriffene Schuchardtsche Schnitt wird wieder aufgeschnitten. Es entleert sich reichlich stinkender Eiter. Ausspülung, Vernähung des Schuchardtschen Schnittes.

Abends abermals plötzlicher Verfall, sehr heftiges Erbrechen. $11^1/_2$ Uhr Exitus.

Sektion: Peritonitis purulenta ausgegangen von dem vereiterten Myombett im Uterus (Catgut?).

XV. Frau V. Diagnose: Myomata uteri. Sactosalpinx utriusque.

Operation 15. I. 1902. Colpotomia anterior. Exstirpatio uteri. Sactosalpinx wird beiderseits abgetragen.

Schuchardtscher Schnitt in der Tiefe geheilt, granuliert oberflächlich.

XVI. Frl. H., 49 Jahre, Nullipara. Diagnose: Myomata uteri.

Operation 16. I. 1902. Colpotomia anterior. Exstirpatio uteri myomatosi. Schuchardtscher Schnitt bei der Entlassung gut geheilt.

XVII. Frl. N., 44 Jahre, Nullipara. Diagnose: Myoma uteri. Die Tumormasse überragt 4 Querfinger die Symphyse.

Operation 19. IV. 1902. Colpotomia anterior. Morcellement des Myom. Exstirpatio uteri. Bei der Entlassung ist der Schuchardtsche Schnitt gut geheilt.

XVIII. Frl. B., 40 Jahre, Nullipara. Diagnose: Myom des Uterus.

Operation 23. IV. 1902. Patientin hat früher schon zwei Laparotomien durchgemacht. Der Uterus ist mit den Baucheingeweiden fest verwachsen. Es gelingt nicht, in den Douglas vorzudringen. Der Versuch, durch Abschieben der Blase nach Durchtrennung der beiden partes cardinales die Plica zu eröffnen, scheitert ebenfalls. Daher Spaltung des Uterus in der Mitte. Er wird herabgezogen und nunmehr gelingt es schliesslich, die freie Bauchhöhle zu erreichen. Mehrere Darmschlingen sind mit dem Fundus verwachsen. Die Serosa, die an einer Stelle

eingerissen ist, wird vernäht, die Verwachsungen werden mit der Scheere durchtrennt. Exstirpatio uteri myomatosi.

Schuchardtsche Incision ist bei der Entlassung gut geheilt.

XIX. Frau St., 44 Jahre. Sehr anämische Patientin. Diagnose: Myom des Uterus, das bis zum Nabel reicht.

Operation 26. V. 1902. Eröffnung der Plica zunächst unmöglich. Es wird daher ein sehr ausgiebiger Schuchardtscher Schnitt gemacht. Nach Spaltung des unteren Teiles des Uterus gelingt es, den harten Uterus allmählich abzutragen. Schwierige Eröffnung des Douglas. Rechts besteht eine Sactosalpinx serosa, links eine Sactosalpinx purulenta, die typisch abgetragen werden. Die Bauchhöhle wird, da Eiter abgeflossen ist, offen gelassen. Die Patientin, die Herzfehler und Nephritis hat, kollabiert während der Operation. Einige Stunden später tritt Exitus ein.

XX. Frl. L., 44 J. Virgo. Diagnose: Myom des Uterus. Kleincystische Degeneration des rechten Ovarium.

Operation 15. V. 1902. Colpotomia anterior. Exstirpatio uteri totalis cum adnexis.

Schuchardtscher Schnitt gut geheilt.

XXI. Frau Cl., 38. J. Diagnose: Myoma uteri. Graviditas mensis IV—V.

Operation 8. XII. 1902. Enucleatio myomatis remotis foetu et placenta.

Schuchardtscher Schnitt bei der Entlassung gut geheilt.

XXII. Frl. Z., 38 J. Virgo. Diagnose: Myom des retroflectierten Uterus. Gelappter hühnereigrosser Cervixpolyp.

Operation 20. I. 1903. Exstirpatio uteri myomatosi. Bei der Entlassung ist der Schuchardtsche Schnitt nur im Bereich der Scheide geheilt, im Bereiche des Dammes besteht eine $2^1/_2$ cm lange oberflächliche Dehiszenz.

XXIII. Frl. R., 41 J. Nullipara. Diagnose: Myom des Uterus rechts oben. Nach links drängt ein kindskopfgrosses Myom tief in das Becken hinein.

Operation 30. I. 1903. Colpotomia anterior. Eröffnung der Plica leicht: Uterus wird heruntergeleitet und in das rechte Scheidengewölbe gedrängt; alsdann kann der linke Tumor entwickelt und unter sehr schwierigen Morcellement entfernt werden. Exstirpatio uteri myomatosi und des linken Ovarium, das hämorrhagische Follikel enthält. Das Bett der Geschwulst mündet in das obere Ende des Schuchardtschen Schnittes. Ein Gazestreifen wird eingelegt, der unterhalb der oberen Fäden

des Schuchardtschen Schnittes in das linke Scheidengewölbe ausmündet. Patientin wird mit einer Urinfistel entlassen. Schuchardtsche Inzision ist glatt geheit.

XXIV. Frl. Bl, 45 J Nullipara. Diagnose: Myomata uteri.

Operation 1. V. 1903. Leichte Eröffnung der Plica. Langdauerndes Morcellement. Exstirpatio uteri ohne Adnexe. Bei der Entlassung ist der Schuchardtsche Schnitt bis auf kleine oberflächliche Granulation geheilt.

XXV. Frl. R. Nullipara. Diagnose: Myoma uteri.

Operation 14. VII. 1903. Colpotomia anterior. Enucleatio myomatum multipl. Incisio cavi uteri.

Normale Heilung.

XXVI. Frau Pl. Diagnose: Myomata uteri.

Operation 22. VII. 1903. Colpotomia anterior. Incisio cavi uteri. Enucleatio myomatum multipl. Restitutio uteri. Vaginifixur.

Ungestörte Heilung.

XXVII. Frau Alb., 43 J. Diagnose: Myomata uteri.

Operation 22. VII. 1903. Colpotomia anterior. Enucleatio myomatum multiplic. Morcellement: Incisio corporis uteri. Exstirpatio uteri totalis; ovarii sinistri, tubae utriusque.

Ungestörte Heilung.

XXVIII. Frau Sch., 45 J. 1 Partus vor 19 Jahren. Diagnose: Myomata uteri.

Operation 23. IX. 1903. Exstirpatio totalis uteri myomatosi ohne Adnexe.

Ungestörte Heilung.

XXIX. Frau M., 45 J. 2 Partus. Diagnose: Myomata uteri.

Operation 8. II. 1904. Der Uterus lässt sich wegen einer Narbe im linken Parametrium nur sehr schwer hervorleiten. Enucleatio myomatis, Morcellement. Schuchardtscher Schnitt ist bei der Entlassung glatt geheilt.

XXX. Frau B., 53 J. 1 Partus vor 20 Jahren. Diagnose: Myomata uteri.

Operation 9. III. 1904. Colpotomia anterior. Exstirpatio uteri myomatosi. Der Schuchardtsche Schnitt wird fortlaufend vernäht, oberflächlich durch Silberdraht-Knopfnaht geschlossen. Bei der Entlassung ist er gut verheilt.

Graviditas tubaria; 2 Fälle.

XXXI. Frau Sch., 20 J. Nullipara. Diagnose: Graviditas extrauterina dextra.

Operation 5. III. 1903. Colpotomia anterior. Leichte Eröffnung der Bauchhöhle. Die ganze Masse der linken, sowie der rechten Adnexe wird mit leichter Mühe gelöst. Am Abend der Operation fängt Patientin aus der Scheide an heftig zu bluten. Tamponade erweist sich als nutzlos. Da die Anämie immer mehr zunimmt, wird zur Laparotomie geschritten. Im kleinen Becken findet sich wenig geronnenes Blut. Bei der Entlassung ist der Schuchardtsche Schnitt bis auf den oberen Winkel, der zu granuliert, verheilt.

XXXII. Frl. M., 25 J. Nullipara. Diagnose: Elongatio colli, Endometritis haemorrhagica. Graviditas tubaria sinistra.

Operation 2. III. 1904. Colpotomia anterior. Ovariosalpingotomia sinistra.

Gute Heilung.

Fistula vesico-vaginalis; 1 Fall.

XXXIII. Frau Sch., 45 J. Diagnose: Fistula vesico-vaginalis post exstirpationem uteri totalis et vaginae.

Operation 22. VII. 1902. Aus der rechten Ureterenmündung kommt kein Urin. Die Fistelöffnung wird leicht aufgefunden und sondiert. Das Herauspräparieren des Ureters aus den derben Narbenmassen ist sehr erschwert, da die Freilegung in dem wenn auch nur kurzen Scheidenrest nicht gelingt. Deshalb wird eine rechtsseitige, bis an den Ureter heranreichende Schuchardtsche Incision gemacht, die das Operationsfeld in durchaus bequemer Weise zugänglich macht. Nun gelingt es unschwer, den Ureter auf eine Strecke von 3 cm zu befreien; weiter oben aber wird er immer noch durch unzugängliche Narbenmassen festgehalten, so dass er nicht weiter herabzuziehen ist. Die Blase wird in der Nähe des Unterstumpfes eingeschnitten. Ein Catgutfaden wird durch das breite, den Ureter umgebende Bindegewebe geführt und durch die Urethra herausgezogen. Der Ureter wird an den Scheidenfistelrand unter stetigem Anziehen des Fadens angelegt. Die Anlegung dieser Nähte ist difficil, aber technisch gut ausführbar.

25. VIII. Da Inkontinenz weiter besteht, wird zur Extraperitonealen Implantation geschritten. Bei schlechter Narkose und sehr schwieriger Operation Einriss des Dammes, Durchschneiden des Ureter. Exitus an Pyelo-Nephritis.

Perimetritis; 2 Fälle.

XXXIV. Frl. R., 40 J. Nullipara. Diagnose: Perimetritis chr. adhaes.

Operation 18. VI. 1903. Colpotomia anterior. Lösung der Adhäsionen. Gute Heilung des Schuchardtschen Hilfsschnittes.

XXXV. Frl. H., 45 J. Nullipara. Diagnose: Perimetritis chronica.

Operation 11. XII. 1901. Schon früher wurden die Adnexe exstirpiert. Exstirpatio uteri, der fest mit Blase und Darm verwachsen ist. Schwierige Vernähung der Adnexstümpfe.

Gute Heilung.

Retroflexio; 3 Fälle.

XXXVI. Frl. R., 15 J. Haemophile Nullipara. Diagnose: Retroflexio uteri mobilis. Oophoritis chronica duplex. Erschöpfende unregelmässige Blutungen.

Operation 29. IV. 1903. Colpotomia anterior. An den beiden Ovarien werden cystische Follikel punktiert. Vaginifixur.

Nach 10 Tagen Blutung aus der Scheide. Der Schuchardtsche Schnitt, der in seinen oberflächlichen Teilen nicht völlig verheilt ist, wird geopfert. Anlegung einer neuen Naht an der Vaginifixur; die Blutung steht daraufhin.

Sehr gutes Heilresultat. Rasche Genesung und Hoffnung zu völligem Wohlbefinden.

XXXVII. Frl. K., 32 J. Nullipara. Diagnose: Retroflexio uteri mobilis.

Vergebliche Operation 11. I. 1904. Colpotomia anterior. Vaginifixur.

Guter Heilungsverlauf.

XXXVIII. Fr. Ue. Diagnose: Retroflexio uteri fixata. Perimetritis chronica.

Operation 5. II. 1904. Colpotomia anterior. Vaginifixur. Lösung der Adhaesionen. Gute Heilung.

15 Fälle Adnexerkrankungen.

XXXIX. Frl. K., 24 Jahre, Nullipara.

Die Untersuchung erzielt von aussen einen palpablen Tumor im rechten Hypochondrium, der einen Querfinger breit über den Nabel, nach links 3 Finger breit über die Linea alba reicht. Diagnose: Peritonitis tuberculosa, Endometritis, Metritis, Salpingitis, Oophoritis.

Operation 24. I. 1901. Der Schuchardtsche Schnitt ergibt eine für virginelle Verhältnisse frappante Erleichterung durch völlige Freilegung des Scheidengewölbes. Bei Eröffnung des Douglas entleert sich massenhaft Ascites, die Totalexstirpation vollzieht sich leicht. Das Peritoneum ist an der Tuberkulose

stark beteiligt. Die über dem Becken sichtbare Geschwulst erweist sich als das durch Perimetritis chronica zu einem dicken Knoten verbackene Netz. Nach einigen Tagen starker Meteorismus. Patientin hat starke Schmerzen beim Luftholen. 16 Tage post operationem erfolgt der Exitus.

XL. Frau W., Nullipara. Diagnose: Oophoritis duplex.

Operation 30. I. 1902. Colpotomia anterior. Exstirpation des hühnereigrossen linken Ovarium, Excisio der grösseren Hälfte des rechten Ovarium. Vaginifixur.

Gute Heilung des Schuchardtschen Schnittes.

XLI. Frau H., 45 Jahre, Nullipara. Diagnose: Sactosalpinx purulenta dextra.

Operation 30. VII. 1902. Exstirpatio der linken Adnexorgane. Schuchardtscher Schnitt gut geheilt.

XLII. Frau Sch., Diagnose: Oophoritis sinistra.

Operation 8. XII. 1902. Ovariotomia sinistra.

Gute Heilung des Paravaginalschnittes.

XLIII. Frl. M., 24 J., Nullipara. Diagnose: Endometritis, Salpingo oophoritis chronica sinistra.

Operation 13. II. 1903. Colpotomia anterior. Entfernung der linkeu Adnexe. Schuchardtscher Schnitt ist bei der Entlassung gut geheilt.

XLIV. Frl. M., 32 J., Nullipara. Diagnose: Perimetritis, Perioophoritis.

Operation 28. II. 1903. Entfernung der linken Adnexe. Der Schuchardtsche Schnitt ist gut geheilt.

XLV. .Frl. B., 23 Jahre, Nullipara. Diagnose: Salpingo oophoritis dupl.

Operation 13. III. 1903. Entfernung der linken Adnexe und des grössten Teiles des rechten Ovarium. Gute Heilung.

XLVI. Frl. Sp., 29 Jahre, Nullipara. Diagnose: Oophoritis dextra.

Operation 17. III. 1903. Colpotomia anterior. Ovariotomia dextra. Vaginifixur. Gute Heilung.

XLVII. Frau S. Diagnose: Perimetritis, Sactosalpinx serosa duplex, Oophoritis chronica sinistra.

Operation 23. V. 1903. Colpotomia anterior. Excisio tubae et ovarii sinistri. Resectio tubae destrae. Stomatoplastik.

Gute Heilung des Schuchardtschen Schnittes.

XLVIII. Frau J., 21 Jahre. Diagnose: Sactosalpinx serosa duplex.

Operation 14. VII. 1903. Colpotomia anterior. Resectio beider Sactosalpinx.

Gute Heilung des Schuchardtschen Schnittes.

XLIX. Frl. H., 38 Jahre, Nullipara. Diagnose: Oophoritis utriusque.

Operation 18. VI. 1903. Colpotomia anterior. Resectio ovarii dextri.

Gute Heilung des Schuchardtschen Schnittes.

L. Frau R., 31 Jahre, Nullipara. Diagnose: Sactosalpinx haemorrhagica. Cystis haemorrhagica Ovarii duplex.

Operation 1. VIII. 1903. Die linke Adnexe werden entfernt, das rechte Ovarium bis auf ein haselnussgrosses Stück exstirpiert.

Gute Heilung des Schuchardtschen Schnittes.

LI. Frau P., 44 Jahre, Nullipara. Retroflexio fixata uteri, Perimetritis, Perisalpingitis, Perioophoritis.

Operation 21. VIII. 1903. Colpotomia anterior, Eröffnung der Plica leicht. Der Uterus und Adnexe sind in flächenhafte Verwachsungen gehüllt. Trotz Lösung eines grossen Teiles der Verwachsungen gelingt es nicht, die Adnexe vorzuleiten. Es wird der Paravaginalschnitt nach Schuchardt angelegt. Nunmehr können die Adnexe entwickelt und abgetragen werden. Bei der Entlassung ist der Schuchardtsche Schnitt gut geheilt.

LII. Frl. S., 43 J., Nullipara.

Operation 8. XII. 1903. Colpotomia anterior. Excisio ovarii sinistri partialis. Gute Heilung des Schuchardtschen Schnittes.

LIII. Frank. Diagnose: Perimetritis, Sactosalpinx duplex. Kystoma ovarii sinistri.

Operation 7. VI. 1904. Colpotomia anterior. Vaginifixur. Gute Heilung des Schuchardtschen Schnittes.

Varia.

LIV. Frau A., Operation am 30. VI. 1903. Entfernung eines kartoffelgrossen Knotens, der in einer Appendix epiploica recti sitzt. Der Schuchardtsche Schnitt wurde beiderseitig angelegt und es erfolgte gute Heilung.

LV. Frl. L., 44 Jahre, Nullipara.

Operation 25. VI. 1904. Colpotomia anterior. Laesio vesicae. Exstirpatio uteri myomatosi cum adnexis. Es erfolgt gute Heilung des Schuchardtschen Schnittes.

LVI. Frau Ct., 23 J.

Operation 27. V. 1904. Gute Heilung des Schuchardtschen Schnittes.

Überblicken wir die Krankengeschichten, so ergibt sich, dass im Gegensatz zu anderen Autoren, die ausser Schuchardt selbst zuerst nur bei Krebsoperationen von der paravaginalen Methode Gebrauch machten, an hiesiger Klinik bei den verschiedensten Genitalerkrankungen diese Methode ausgiebig zur Verwendung kam. Die grösste Anzahl unserer derart operierten Patientinnen waren Nulliparae, bei anderen bestand senile Atrophie der Teile. Es gelang fast stets, oft in überraschender Weise durch den Schuchardtschen Hilfsschnitt die Teile so frei zu legen, dass das Operationsfeld bequem zu übersehen und zu beherrschen war. Es spielte also die Enge der Scheide nach Anlegung des Paravaginallschnittes keine hindernde Rolle mehr, was um so bedeutungsvoller ist, als von einzelnen Gynäkologen grosse Enge der Scheide als genügende Indikation für die Laparotomie angesehen wurde. Der Schnitt wurde in den mitgeteilten Fällen stets links ausgeführt, bis auf Fall 34, wo es sich um eine Fisteloperation handelte. Hier wurde er auf der Seite der Fistel angelegt, das war rechts. Im Fall LIV wurde ein beiderseitiger Hilfsschnitt ausgeführt.

Der Schuchardtsche Schnitt hat in keinem Fall zu Schwierigkeiten und Störungen des Heilverlaufes Veranlassung gegeben. Zwei der Operierten erlagen der aus anderer Quelle stammenden Anämie, eine starb an fortschreitender Tuberkulose, eine an den Folgen der Ureterverletzung (ascendierte Pyelonephritis). Eine starb an postoperativer Sepsis, wahrscheinlich Catgutinfektion.

In einem Falle (I) wurde die vaginale Operation abgebrochen. Es handelte sich um einen ausgedehnten malignen Tumor, dessen radikale Entfernung nicht mehr möglich war. In zwei Fällen wurde die vaginal begonnene Operation durch Laparotomie zu Ende geführt. In dem

einem Falle (V) wurde das Operationsfeld durch fortwährend heruntergleitende Darmschlingen unzugänglich, in dem zweiten machten die Verwachsungen des Myom mit den Bauchdecken die Laparotomie nötig.

Eine Frau wurde mit Urinfistel entlassen und zu späterer Operation bestellt. In einer Anzahl von Fällen wurde der Schuchardtsche Schnitt erst im Laufe der Operation ausgeführt, wenn sich herausstellte, dass ohne denselben die vaginale Durchführbarkeit der Operation sehr erschwert oder in Frage gestellt wurde. Die Heilungsdauer wurde durch den Hilfsschnitt in keiner Weise verlängert. In der grössten Mehrzahl der Fälle wurde eine primäre Heilung des Schuchardtschen Schnittes erzielt, in einigen Fällen bestanden bei der Entlassung noch nicht vereinigte granulierende Stellen. Wegen Sakrom wurde der Schnitt einmal, wegen Carcinom 6 mal ausgeführt. Myome wurden 22 mal mittels des Paravaginalschnittes operiert. Hierbei zeigte sich besonders der Wert dieses Verfahrens, indem bei sehr engen Teilen über kindskopfgrosse Myome entfernt werden konnten, die ohne diesen Hilfsschnitt der vaginalen Behandlung jedenfalls sehr viel schwerer zugänglich gewesen wären und vielleicht nur durch Laparotomie hätten entfernt werden können. Allerdings war die vaginale Entfernung des Myoms auch mit Hilfe des Schuchardtschen Schnittes in besonders ungünstigen Fällen noch mit ebensolchen Schwierigkeiten verbunden und gelang dann erst nach mühevollem Morcellement.

Ganz besonders erleichterte der Schuchhardtsche Schnitt das vaginale Operieren bei Beckenperitonitis und bei der Behandlung von Erkrankungen der Adnexorgane. Erkrankungen der Adnexorgane veranlassten bei unserem Material in 15 Fällen die Ausführung des Schuhardtschen Schnittes. In 10 Fällen bestanden ausgedehnte Verwachsungen

der Kleinbeckenorgane. Schuchardt selbst hat nur in wenigen Fällen von Erkrankung der Adnexorgane nach seiner Methode operiert und keine befriedigende Erfolge gehabt. Er gab infolgedessen dieses Verfahren auf, da nach seiner Ansicht der Paravaginalschnitt für die Entfernung der Uterusanhänge allein keinen Vorteil bietet.

Bei dem Material der Greifswalder Frauenklinik kamen wir zu der entgegengesetzten Anschauung. Bei den verschiedensten Erkrankungen der Adnexorgane und besonders bei gleichzeitig vorhandenen Folgen früherer Peritonitis gestaltete sich die Behandlung der erkrankten Adnexorgane, Auslösung derselben aus den Verwachsungen, partielle oder totale Entfernung mit Hilfe des Schuchardtschen Schnittes ungleich übersichtlicher und sicherer, als ohne diesen Hilfsschnitt, und wie beim Myom erweitert sich auch auf diesem Gebiet mit der Anwendung des Schuchardtschen Schnittes die Indikation für vaginale Eingriffe. Wo es gilt, die Übersichtlichkeit des Operationsfeldes für die vaginalen Operationen zu sichern, ist der Schuchardtsche Schnitt unentbehrlich. Dabei ist das Verfahren an sich ungefährlich und Nebenverletzungen durch den Schnitt sind bei richtiger Anlegung desselben ausgeschlossen. Wir beobachteten einmal eine Verletzung desRectum. Eine andere Frage ist es, ob der Schuchardtsche Schnitt genügt, um die Radikaloperation des Carcinom auszuführen. Gerade bei der Behandlung der Carcinome hat das Verfahren ausgedehnte Anwendung gefunden und vielfach wurde berichtet, dass mit Hilfe des Paravaginalschnittes eine Entfernung alles Erkrankten in gleichem Umfange möglich, wie per Laparotomiam. Nach der Auffassung von A. Martin genügt der Schuchardtsche Schnitt nicht, um die Radikaloperation der Carcinome in allen Fällen auszuführen. Wenn es auch gelingt, das paravaginale Gewebe, ja auch die ligamanta lata von

der Scheide aus in grösster Ausdehnung zu entfernen, und wenn sich auch bei der Operation der Ureter in seinem distalen Ende soweit freilegen lässt, dass man ihn gebotenenfalls aus umgebenden Carcinommassen auszuschälen vermag, so genügt doch das alles noch nicht, den Anforderungen an eine Radikaloperation zu entsprechen. Bei einem Carcinom, das noch völlig auf den Uterus beschränkt ist, bei welchem das Parametrium noch von jeder carcinomatösen Erkrankung frei ist, bei einem solchen Carcinom können doch schon die Lymphdrüsen der arteria uterina, ja selbst die durch eine breite Masse carcinomfreien Gewebes von dem primären Herd getrennten Lymphdrüsen der art. hypogastrica und aorta carcinomatös erkrankt sein.

Will man also einen Fall von Carcinom des Uterus wirklich radikal operieren, so muss sich stets die Entfernung aller nachweisbaren Drüsen im Bereich der erwähnten Gefässe bis zur Teilungsstelle der Aorta, ja selbst bis über diese hinaus der Entfernung des Uterus anschliessen. Die Entwicklung dieses radikalen Operationsverfahrens führte bis zu einer förmlichen Ausräumung des gesamten Beckenbindegewebes und brachte es mit sich, der Vermeidung von Nebenverletzungen besondere Aufmerksamkeit zuzuwenden. In erster Linie gilt das für den Ureter, dessen unbeabsichtigte Nebenverletzung vermieden wird, seitdem er prinzipiell im Beginn der Operation von seinem Eintritt ins kleine Becken bis zur Einmündung in die Blase frei gelegt wird. Diese Vorbedingung für ein sicheres radikales Vorgehen lässt sich gleich der ausgedehnten Entfernung der regionären Lymphdrüsen auf vaginalem Wege nimmer erfüllen. Solange uns nicht genügende weitere Erfahrungen eines anderen belehren, müssen wir in der operativen Behandlung des Carcinom auf der Entfernung der regionären

Lymphdrüsen bestehen, wir müssen die Radikaloperation ausführen. Dieses Verfahren ist jedoch nur auf abdominalen Wege möglich, per vaginam lässt sich auch mit Anwendung des Schuchardtschen Schnittes weder eine entsprechende prophylaktische Freilegung des Ureter in der besprochenen Ausdehnung noch die Entfernung der regionären Lymphdrüsen an der art. uterina, hypogastrica und Aorta erreichen.

Zum Schluss erfülle ich die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Prof. Dr. Martin, für die gütige Überweisung dieser Arbeit, sowie Herrn Dr. Hengge für die liebenswürdigen Anregungen bei Anfertigung derselben meinen tiefgefühltesten Dank auszusprechen.

Literatur.

Schuchardt: Eine neue Methode der Gebärmutterexstirpation, Centralblatt für Chirurgie 1893 Nr. 51.

Schuchardt: Über Hysterectomia perineovaginalis, Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1894, Bd. XXVIII.

Schede: Deutsche mediz. Wochenschrift 1895, Vereinsbeilage Nr. 23.

Kümmel: Deutsche mediz. Wochenschrift 1895, Vereinsbeilage Nr. 23.

Wiesinger: Deutsche mediz. Wochenschrift 1895, Vereinsbeilage Nr. 23.

Staude: Deutsche med. Wochenschrift 1895, Vereinsbeilage Nr. 23.

R. Frommel: Vaginale Totalexstirpation, Handbuch der Gynäkologie von J. Veit 1899, Bd. III 2. Hälfte.

Schuchardt: Über weitere Erfahrungen über die paravaginale Operation, Langenbecks Archiv 1896, Bd. LIII.

Staude: Über Schuchardt-Operationen, Centralblatt für Gynäkologie 1900, Teil I Nr. 10.

G. Winter: Genügt die vaginale Totalexstirpation als radikale Krebsoperation? Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1900 Bd. XLIII.

Jordan: Die chirurgische Behandlung der Uteruscarcinome, Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1900, Bd. XLV.

Schuchardt: Über die paravaginale Methode der Exstirpatio uteri und ihre Enderfolge beim Uteruskrebs, Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1901, Bd. XIII.

Mackenrodt: Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1894, Bd. XXVIII.

Veit: Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1894, Bd. XXVIII.

Olshausen: Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1894, Bd. XXVIII.

Martin: Centralblatt für Gynäkologie 1901, Teil I Nr. 24
Staude: Centralblatt für Gynäkologie 1901, Teil I Nr. 24.
Winter: Centralblatt für Gynäkologie 1901, Teil I Nr. 24.
Knauer: Erfolge wegen Gebärmutterkrebs ausgeführter vaginaler Totalexstirpationen. Hegar, Beiträge zur Geburtshilfe u. Gynäkologie 1901, Bd. V.
Schuchardt: Centralblatt für Gynäkologie 1901, Teil I Nr. 24.
Staude: Über Totalexstirpation des carcinomatösen Uterus mittels doppelseitiger Scheidenspaltung. Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1902, Bd. XV.
Schauta: Die Operation des Gebärmutterkrebses mittels des Schuchardtschen Paravaginalschnitts. Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1902, Bd. XV.
v. Winckel: Handbuch der Geburtshilfe 1904, I. Bd. II. Hälfte.
v. Rosthorn: Veits Handbuch der Gynäkologie III, Bd. 2.

Thesen.

I.

Der Schuchardtsche Schnitt erweitert bedeutend die Indikation zur vaginalen Operation.

II.

Jeder Arzt sollte darauf halten, dass, wenn irgend möglich, die Mutter ihr Kind selbst nährt.

III.

Aus hygienischen Rücksichten sollte jedes grössere Gemeinwesen auf die Anlage einer zweckmässigen Kanalisation dringend bedacht sein.